

LANE

MEDICAL



LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND







Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1929

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

PIERRE CARILLON

Né à Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), le 6 Octobre 1896

IMPORTANCE

DU

DÉCUBITUS LATÉRAL GAUCHE

DANS

L'Examen Clinique de la Pointe du Cœur

Président : M. E. SERGENT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1929

FRANCE



THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

PIERRE CARILLON

Né à Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), le 6 Octobre 1896

IMPORTANCE

DU

DÉCUBITUS LATÉRAL GAUCHE

DANS

L'Examen Clinique de la Pointe du Cœur

Président : M. E. SERGENT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1929

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÉNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Thérapeutique.	LCÉPER.
Hygiène	TANON.
Médecine égale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LAREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	RRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE . Neurologie et psy-
 chiatry.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale
 BASSET Pathologie chirurgi-
 cale
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET Phys.ologie.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROCCQ Pathologie chirurgi-
 cale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgi-
 cale
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.
 GARNIER Pathologie expéri-
 mentale.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgi-
 cale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER . . Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL Pathologie médicale

MM.

JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri). . Chimie biologique.
 LARDENNOIS . . Pathologie chirurgi-
 cale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryng
 gie.
 LEROUX Anatomie pathologi-
 que.
 LÉVY-SOLAL . . . Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU Pathologie chirurgi-
 cale.
 METZGER Obstétrique.
 MONDOR Pathologie chirurgi-
 cale
 MOURE Pathologie chirurgi-
 cale.
 MULON Histologie
 OBERLING . . . Anatomie pathologi-
 que.
 OLIVIER Anatomie.
 PHILIBERT . . . Bactériologie.
 QUÉNU Pathologie chirurgi-
 cale.
 RICHET Fils . . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et sy-
 philigraphie.
 VALLÉRY-RADOT
 (Pasteur). . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR E. SERGENT

PROFESSEUR DE CLINIQUE PROPÉDEUTIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAITRE M. LE DOCTEUR C. LIAN

MÉDECIN DE L'HOPITAL TENON

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse. En témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS
ET DE MONTPELLIER

Introduction

La notion de l'exploration clinique de la pointe du cœur en décubitus latéral gauche est une notion qui revêt une importance considérable. C'est une notion sur laquelle insiste notre Maître C. Lian, depuis de nombreuses années dans son service hospitalier. Bien que peu répandue, cette notion d'examen en décubitus latéral gauche fournit cependant des renseignements de tout premier ordre en cardiologie. Cette position, en effet, est la position élective pour l'examen de la pointe, c'est-à-dire de la région où siègent les signes des lésions mitrales.

Elle permet bien souvent de rendre manifestes les signes d'un rétrécissement mitral demeurés frustes. Elle aide à faire la discrimination, bien souvent délicate, des souffles de cette région. Celle-ci est, en effet, le siège fréquent de souffles anorganiques qui peuvent simuler de très près les souffles de l'orifice mitral, d'où le surnom imagé de souffles trompeurs que leur a donné notre Maître C. Lian. Elle permet enfin de rendre plus apparents certains phénomènes physiologiques comme le troisième bruit du cœur, sur la fréquence duquel insiste avec juste raison C. Lian, troisième bruit qui, cependant, demeure encore ignoré de la plupart des médecins.

Grâce à la vulgarisation de cette méthode dans son service, il nous a montré comment on évitait les erreurs de diagnostic que soulevait le rétrécissement mitral, combien était erronée la notion ancienne du rythme de rappel du rétrécissement mitral attribué toujours, par Potain et ses élèves, à un dédoublement du deuxième bruit.

C'est qu'en effet, pour notre Maître C. Lian, le « tata » du rétrécissement mitral n'est bien souvent pas perçu à la base, mais à la pointe : il peut ainsi être confondu avec le troisième bruit du cœur.

On comprend immédiatement l'importance de ce décubitus latéral gauche qui en exagérant les modifications stéthacoustiques, permet à coup sûr de faire cette distinction et d'éviter ainsi de taxer de cardiaque un sujet atteint seulement d'un simple phénomène physiologique.

Le sujet de cette thèse nous a été inspiré par notre Maître le Docteur Lian.

Nous tenons à lui exprimer ici notre respectueuse reconnaissance pour tous les conseils judicieux et si bienveillants qu'il nous a donnés.

PREMIÈRE PARTIE

Des avantages de l'exploration de la région apexienne en décubitus latéral gauche

CHAPITRE PREMIER

Insuffisance de l'exploration dans le décubitus dorsal et la station debout.

Nous savons quelle importance considérable présente en clinique l'exploration de la région thoracique correspondant à la pointe du cœur. Nous savons avec quel soin, avec quelle méthode, il faut pratiquer les temps classiques d'exploration, chacun d'eux pouvant fournir le renseignement qui permettra de poser le diagnostic de la lésion. Le sujet étant examiné dans le décubitus dorsal qui est la position courante, l'inspection, aidée de la palpation, renseigne sur

le siège de la pointe du cœur. Ainsi, la constatation du siège du choc apexien, en dehors de la ligne mamelonnaire, permet déjà d'affirmer l'existence d'une dilatation hypertrophique des ventricules.

D'autre part, par la palpation, il faut toujours rechercher la présence d'un frémissement cataire, fixer le temps auquel il se produit ; lui seul, en effet, s'il est reconnu diastolique, suffit à faire reconnaître l'existence d'un rétrécissement mitral.

Enfin l'auscultation de cette région apexienne fournit des données d'une importance capitale dans le diagnostic des lésions valvulaires mitrales. Il semble donc, au premier abord, que l'observation rigoureuse de ces trois modes d'examen suffise à déterminer que tel sujet est ou n'est pas un cardiaque. Et cependant, si minutieux que soit l'examen, combien de fois est-on embarrassé ! Combien de fois l'examen physique prête à discussion alors que la symptomatologie fonctionnelle laisse soupçonner une lésion cardiaque ! Souvent, en effet, ni l'inspection de la région apexienne, ni sa palpation ne permettent de déterminer le choc de la pointe du cœur chez le malade examiné en décubitus dorsal.

Il en est ainsi chez des sujets au thorax volumineux, chez les emphysémateux.

Parfois il s'agit d'un malade amaigri, même chez lui les renseignements fournis par l'examen en décubitus dorsal sont loin d'être toujours nets : bien souvent ils laissent à désirer.

L'auscultation n'est pas toujours satisfaisante non plus.

Que le malade soit examiné couché ou debout, l'exploration de la région apexienne peut rester insuffisante.

Pour diminuer autant que possible les erreurs d'un diagnostic, souvent bien délicat (un sujet étant pris à tort pour un cardiaque ou au contraire une lésion cardiaque demeurant méconnue) notre Maître C. Lian a préconisé l'*examen en décubitus latéral gauche*.

Dans son enseignement clinique hospitalier de Tenon, il nous a montré à maintes reprises l'avantage considérable d'une telle méthode d'examen. Il nous a rapidement convaincus des services énormes que pouvait fournir un tel mode d'exploration clinique. La simplicité de cet examen le met à la portée de tous.

Aussi, nous pensons fermement avec notre Maître C. Lian, que l'*examen en décubitus latéral gauche*, doit être systématiquement pratiqué chez les sujets dont on examine le cœur, si l'on veut pratiquer un examen consciencieux et complet et se mettre dans les conditions d'examen les plus favorables pour éviter, dans la mesure du possible, les erreurs de diagnostic.

CHAPITRE II

Importance de l'exploration clinique de la pointe du cœur dans le décubitus latéral gauche

Tout d'abord, des raisons d'ordre anatomique expliquent les insuccès des méthodes courantes :

Différents plans représentés par la paroi thoracique, les plans pleuro-pulmonaires séparent le cœur de la main qui palpe, de l'oreille qui ausculte. En outre, dans le décubitus dorsal, attitude habituelle du malade pendant l'examen, cette distance du cœur à la paroi thoracique tend encore à augmenter ; le cœur, en effet, tend à avoir un contact moins étendu, moins serré, avec la paroi thoracique.

Dans le laboratoire du Professeur François-Franck, au Collège de France, C. Lian avait appris que le décubitus latéral gauche rendait beaucoup plus facile l'inscription du choc de la pointe. Tout récemment encore, le Professeur Pachon (qui insistait déjà depuis longtemps sur cette méthode pour les cardiogrammes) publiait un travail dans lequel il revenait à nouveau sur l'importance de la cardiographie en décubitus latéral gauche.

Partant ainsi des résultats que lui avait fournis la physiologie, C. Lian fut amené à se demander s'il n'y aurait pas, pour le sujet dont on veut explorer cliniquement la pointe du cœur, une meilleure attitude que la station debout ou le décubitus dorsal, attitudes habituelles.

Les recherches furent absolument concluantes et indiscutables : le décubitus latéral gauche était l'attitude de choix pour le malade dont on veut examiner la région apexienne, comme nous le verrons dans la deuxième partie de cette thèse.

Mais on pourrait se demander pourquoi une telle méthode d'examen clinique, si simple, n'avait pas été employée avant les travaux de notre Maître C. Lian. La raison en est simple : c'est parce qu'on ne se sert en France d'un stéthoscope bi-auriculaire que depuis une dizaine d'années, et qu'en décubitus latéral gauche franc, il est absolument impossible, comme nous le verrons plus loin, d'ausculter la pointe du cœur avec l'oreille.

Il faut un stéthoscope. Tous les stéthoscopes bi-auriculaires ne peuvent être employés, comme nous le verrons au chapitre suivant : un stéthoscope coudé est nécessaire. Or, c'est précisément celui-ci que notre Maître C. Lian a eu l'idée de créer. Pour toutes ces raisons on comprend aisément que le décubitus latéral gauche n'ait pu être préconisé que lorsque toutes les difficultés qui accompagnent cette technique aient été vaincues.

Quoi qu'il en soit, actuellement, il est indéniable qu'en suivant exactement la technique indiquée au chapitre suivant, il est aisé d'obtenir un décubitus latéral franc, position

capable de rendre les plus grands services en cardiologie quand on veut examiner la région apexienne.

Dans cette position, en effet, le contact de la région de la pointe du cœur avec la paroi thoracique est beaucoup plus intime, les vibrations sont mieux transmises, les signes stéthacoustiques arrivent plus nets à l'oreille. On entrevoit donc déjà l'importance de ce nouveau mode d'examen de la région apexienne qui doit être appliqué systématiquement et doit constituer un véritable temps d'exploration en cardiologie.



Position que doit prendre le malade pour être en décubitus latéral bien franc

CHAPITRE III

Technique de l'exploration de la région apexienne dans le décubitus latéral gauche.

Quelques détails de technique sont importants à observer pour que cette nouvelle méthode d'exploration donne les résultats que l'on est en droit d'en attendre. Il est bon de ne pas se contenter de faire pencher le sujet un peu, sur le côté gauche : il faut le faire coucher complètement sur le côté gauche.

On procèdera ainsi :

Le malade étant en décubitus dorsal, les épaules reposant sur l'oreiller, les deux bras allongés le long du corps, on lui demande de se tourner sur le côté gauche, les deux bras demeurant toujours parallèles au tronc. On lui demande donc de se coucher sur son bras gauche. Ensuite, on le prie de relever son bras gauche et de le placer près de sa tête. Cette dernière manœuvre, dégageant le côté gauche du thorax, ménage entre le thorax et le plan du lit un espace libre, où il devient facile d'explorer la région apexienne par la palpation et l'auscultation. Les figures ci-jointes fe-

ront comprendre aisément la position que doit adopter le malade.

INSPECTION ET PALPATION

Dans ces conditions, pour palper la région apexienne, il faut glisser les doigts et la face palmaire de la main droite, entre le thorax du malade et le plan du lit.

Avec l'extrémité des doigts, on détermine le siège du choc de la pointe, puis on glisse la main plus loin de façon à apprécier les qualités du choc apexien, avec la partie antérieure de la paume de la main qui, correspondant aux têtes des métacarpiens, offre le plus grand degré de sensibilité.

AUSCULTATION

Il est évident que l'auscultation de la pointe du cœur directement avec l'oreille, ne peut être pratiquée chez un malade en décubitus latéral gauche. Il n'est pas possible non plus, dans les mêmes conditions, de se servir du classique stéthoscope de bois. En effet, ne fait-il pas déjà prendre une position bien incommode au médecin qui, chez un sujet en décubitus dorsal, ausculte un cœur dont la pointe est déviée en dehors ?

L'emploi du stéthoscope bi-auriculaire est indispensable pour pratiquer dans de bonnes conditions l'auscultation dans le décubitus latéral gauche. Tous les stéthoscopes bi-auriculaires ne peuvent être utilisés pour l'auscultation en décubitus latéral franc.

En effet, dans beaucoup de modèles courants de ces stéthoscopes, le pavillon est long ; de plus, le tube métallique qui l'unit au caoutchouc prolonge son axe longitudinal.

Pour ces raisons, on ne peut, comme le montre la figure (1) l'introduire librement dans le petit espace compris entre le plan horizontal du lit d'une part, et la paroi thoracique répondant à la région apexienne d'autre part.

Si l'on réussit à l'introduire, les tuyaux de caoutchouc se coudent ou frôlent le plan du lit, produisant des bruits artificiels.

Pour toutes ces raisons, on ne peut, dans cette position de choix, qu'est le décubitus latéral gauche, ausculter le malade avec un stéthoscope bi-auriculaire de modèle courant. Aussi, notre Maître C. Lian, a-t-il imaginé un stéthoscope qui remédie à ces inconvénients.

1° L'armature qui relie le pavillon aux tuyaux de caoutchouc est, comme l'indique la figure ci-contre, *coudée à angle droit* ;

2° Le pavillon a une hauteur réduite : c'est une cupule qui se glisse facilement dans l'angle aigu formé par la paroi thoracique du malade et le plan du lit ;

3° Enfin, la cupule revêt un autre avantage : son pourtour est entouré d'une mince membrane de caoutchouc souple, qui déborde de 4 mm.

Cette disposition permet d'obtenir une parfaite étanchéité de la cavité circonscrite entre la cupule et les téguments, étanchéité si difficile à obtenir avec le pavillon rigide, en particulier sur un thorax aux côtes saillantes.

D'autres stéthoscopes, de construction américaine, ont également la plaque phonendoscopique plate, mais la cupule est reliée aux caoutchoucs par une monture métallique avec laquelle elle fait corps : on ne peut l'en détacher.

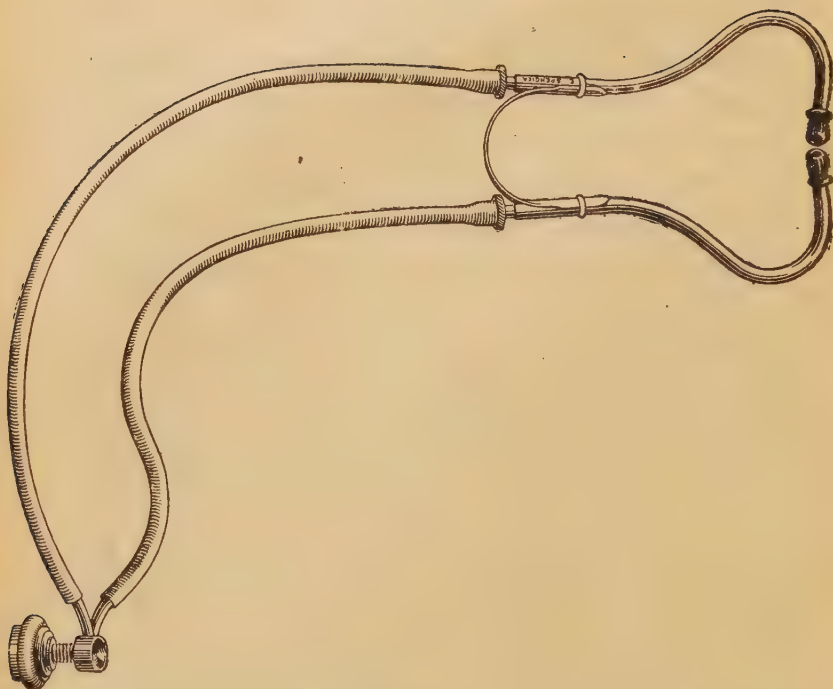


FIGURE 1

Cette disposition revêt un inconvénient : c'est que pour prendre la tension artérielle par la méthode auscultatoire, il faut un autre stéthoscope. Celui-ci, en effet, doit selon la méthode de notre Maître C. Lian, pouvoir s'adapter à une pochette phonendoscopique enroulée et fixée autour du pli du coude. Ainsi le médecin garde ses deux mains libres pour dégonfler progressivement la manchette d'une main et palper l'artère de l'autre.

Pour toutes ces raisons, il est préférable d'avoir un seul stéthoscope démontable qui puisse servir aux deux usages : auscultation du cœur et mesure auscultatoire de la pression artérielle.

En observant toutes ces recommandations, on se trouve placé dans les conditions optima pour avoir une bonne transmission des souffles et des bruits.

Ceci n'exclut pas, bien entendu, l'auscultation avec l'oreille en décubitus dorsal, qui toujours doit constituer la première partie de l'auscultation. Le stéthoscope bi-auriculaire aidera à préciser un détail d'auscultation, d'abord en décubitus dorsal, puis en décubitus latéral gauche, attitude destinée à renforcer au maximum tous les bruits de la région de la pointe.

DEUXIÈME PARTIE

Résultats de l'exploration clinique de la région apexienne dans le décubitus latéral gauche.

CHAPITRE PREMIER

L'inspection et la palpation de la pointe du cœur dans le décubitus latéral gauche. — Importance de leurs renseignements.

Dans d'assez nombreux cas, en effet — nous l'avons déjà signalé — l'inspection et la palpation sont impuissantes à préciser le siège du choc apexien dans le décubitus dorsal.

On peut, il est vrai, demander à la percussion de dessiner sur le thorax la projection de l'angle inférieur et gauche de l'aire de matité précordiale. Mais nous savons tous que c'est là une recherche bien difficile, qui, dans bien des cas, nous laissera hésitants, et que la radioscopie seule pourra nous permettre d'apprécier les dimensions et le volume

du cœur. C'est alors, qu'en pratiquant systématiquement l'examen dans le décubitus latéral gauche, nous verrons l'importance des renseignements que l'on peut tirer de cette méthode :

INSPECTION. — Si, à l'inspection, le choc de la pointe était visible en décubitus dorsal, il devient plus ample, mieux apparent en décubitus latéral gauche. Souvent même, alors qu'il n'était nullement décelable, on a la surprise, grâce à cette nouvelle position, de voir la pointe battre sous la paroi thoracique.

Il ne faut pas oublier qu'en décubitus latéral gauche, le siège du choc de la pointe se trouve déplacé de deux ou trois travers de doigt en dehors du siège primitivement trouvé en décubitus dorsal. En outre, nous avons pu remarquer, avec notre Maître C. Lian, qu'on pouvait observer un abaissement de la pointe, du 5^e espace au 6^e espace intercostal.

Du reste, le déplacement de la pointe du cœur dans les changements de position du malade, est une notion bien connue. Ce déplacement est recherché lorsqu'on soupçonne une symphyse médiastino-péricardique et son absence constitue un signe de la plus grande valeur en faveur de ce diagnostic.

PALPATION. — De cette nouvelle méthode d'examen, la palpation tire les mêmes avantages que l'inspection. Le choc de la pointe devient plus marqué, d'où la facilité plus grande d'en apprécier les qualités.

Lorsque le siège du choc apexien a été repéré dans le décubitus latéral gauche bien franc, il est indiqué de faire revenir progressivement le malade en décubitus dorsal. le

pouce suivant la pointe du cœur qui revient vers la ligne mamelonnaire, les autres doigts étant allongés sur le sternum.

On peut arriver ainsi à sentir le choc apexien dans le décubitus dorsal ou dans un léger décubitus latéral gauche, alors que, tout d'abord, il n'avait pas été perçu dans le décubitus dorsal.

En présence d'un rétrécissement mitral évident, on est étonné de l'accentuation de l'intensité du frémissement cataire lorsqu'on passe du décubitus dorsal au décubitus latéral gauche. Cette différence est si manifeste que notre Maître la compare à celle de la dimension des objets vus avec ou sans interposition d'une loupe. Et cette différence va exister pour tous les degrés d'intensité du frémissement cataire :

Un frémissement cataire à peine perceptible dans le décubitus dorsal va devenir évident dans le décubitus latéral gauche ; et même dans certains cas où il n'avait été nullement perçu, il apparaîtra dans cette nouvelle position. C'est là un renseignement de la plus haute valeur puisque, à lui seul, avec son caractère diastolique, il permet d'affirmer le rétrécissement mitral.

De plus, le décubitus latéral gauche permet de redresser des erreurs d'interprétation.

En présence d'un cœur éréthique, le choc apexien d'un sujet dans le décubitus dorsal est ample et la main qui palpe a la sensation d'un chatouillement analogue au frémissement du rétrécissement mitral.

Il s'agit d'un chatouillement bref qui accompagne le début de la systole, et qu'il est extrêmement difficile, pour ne pas

dire impossible de ne pas confondre avec un frémissement présystolique très bref. Le décubitus latéral gauche en grossissant les sensations, les rend évidentes et, par conséquent, plus faciles à interpréter.

CHAPITRE II

L'auscultation dans le décubitus latéral gauche.

Si importants que soient les résultats fournis par l'inspection et la palpation dans l'exploration de la pointe en décubitus latéral gauche, ils ne le cèdent en rien à ceux de l'auscultation.

C'est véritablement, dans ce dernier mode d'exploration, que le décubitus latéral gauche est susceptible de fournir des renseignements de la plus haute valeur, comme nous allons le voir, et qu'il permettra, cliniquement, de trancher des diagnostics qui seraient demeurés hésitants, si l'on s'était contenté d'examiner le malade dans le seul décubitus dorsal.

§ I. Le roulement dans le rétrécissement mitral.

C'est le signe par excellence du rétrécissement mitral, c'est lui qui permettra d'en faire, à coup sûr, le diagnostic.

On conçoit donc l'importance de ce signe physique, et combien on doit s'efforcer de le mettre en évidence, quand il demeure vague ou fruste.

Ce roulement, de même que le frémissement cataire (dont il est la manifestation auditive) est franc, net, au cours d'un grand nombre de rétrécissements mitraux auscultés en décubitus dorsal, leur siège est habituellement un peu au-dessus et en dedans de la pointe, bien souvent à la pointe. Vient-on, cependant, à mettre ce sujet en décubitus latéral gauche, on s'aperçoit immédiatement, de l'amplification intense de ces signes physiques : dans cette nouvelle position, ceux-ci sont exactement situés à la pointe ; et même, dans bien des cas, lorsque le malade est en asystolie, les signes physiques s'étendent à leur maximum au niveau du bord postérieur de l'aisselle.

Chez d'autres sujets, en décubitus dorsal, on entend à la pointe, un rythme à trois temps : est-ce un troisième bruit du cœur, ou, au contraire le rythme de rappel du rétrécissement mitral ? A vrai dire, on pourrait tout d'abord se baser sur la disparition du troisième bruit du cœur, en position debout, car elle est la règle. Mais alors, en cette position, les signes physiques du rétrécissement mitral sont atténués et peuvent même manquer. La station debout ne peut donc, à elle seule, juger la question : il faut alors recourir au décubitus latéral gauche.

On sera alors tout surpris de constater qu'après avoir perçu seulement un rythme de rappel à la pointe dans le décubitus dorsal, on entendra un roulement dans le décubitus latéral gauche. Cela s'explique de la façon suivante : le décubitus dorsal, étant une mauvaise position pour l'auscultation de la région apexienne, ne laisse entendre que la partie la plus vibrante du roulement diastolique, c'est-à-dire sa partie initiale. Au contraire, le décubitus latéral gauche,

position de choix, permet d'entendre même les bruits les moins vibrants du roulement.

Notre Maître C.Lian, schématise ainsi ces phénomènes d'auscultation.

Toum ta-ta : rythme de rappel par dédoublement du deuxième bruit à la base du cœur.

Toum ta-ra : rythme de rappel, dû à la perception de la seule partie mitrale, la plus vibrante, du roulement diastolique ;

Toum ta-rarrrou : roulement diastolique, faisant suite aux deux bruits normaux du cœur.

On voit donc tout l'intérêt qu'on peut tirer de cette méthode d'exploration clinique, si simple et si facile à pratiquer : de même dans l'*éréthisme cardiaque*, le décubitus latéral gauche rendra de grands services.

On connaît la difficulté du diagnostic entre l'*éréthisme cardiaque* et le rétrécissement mitral : un sujet vient consulter parce qu'il est atteint de dyspnée, de palpitations : est-ce un cardiaque ou un cœur irritable ? C'est là un problème souvent délicat à résoudre, si l'on se souvient de la fréquence des rétrécissements mitraux frustes et un problème gros de conséquences, puisqu'il aboutirait à méconnaître une cardiopathie ou à taxer de cardiaque un sujet qui ne l'est pas.

En décubitus dorsal, nous percevons, à la palpation, une sensation de chatouillement, ne serait-ce pas un frémissement léger ? l'auscultation nous fait percevoir un bruit claqué, parfois même, un souffle très léger, difficile à localiser, pré, ou mésosystolique, sans propagation.

Est-ce un cœur irritable, un rétrécissement mitral fruste ? Si l'on se contentait d'un tel examen pour conclure, on serait très embarrassé : cependant, le médecin, souvent hypnotisé par ces signes légers, par les troubles fonctionnels accusés par le malade, est bien près déjà de porter le diagnostic de rétrécissement mitral, et de commettre peut-être ainsi, une grossière erreur.

Le décubitus latéral gauche viendrait presque à coup sûr, ôter les doutes : une légère rotation du malade, le voici perpendiculaire au plan du lit ; on lui fait relever son bras gauche. On insinue le stéthoscope courbé, on l'applique à la pointe du cœur, et l'on écoute attentivement : les signes physiques demeurent identiques, ou tendent à s'atténuer, il n'y a pas de roulement. Presque sûrement, notre malade n'est pas cardiaque. Au contraire, un roulement léger apparaît dans la diastole, notre diagnostic est fait, il existe un rétrécissement mitral.

Tel est le cas de Mme F... qui présente, en décubitus dorsal, un rythme à trois temps à la pointe ; le roulement diastolique n'est perçu qu'en décubitus latéral gauche, sous l'aisselle.

Tel est également celui de M. F... qui ne présente, en décubitus dorsal, qu'un dédoublement du deuxième bruit, à la base. On est obligé de le mettre en décubitus latéral gauche, pour percevoir frémissement et roulement.

L'auscultation du cœur de M. C... en décubitus dorsal se résume en un premier bruit éclatant, et rythme à trois temps à la pointe. Seul le décubitus latéral gauche nous permet de percevoir un roulement.

Nous pourrions citer d'autres observations : elles sont

toutes calquées en quelque sorte sur celles que nous venons de décrire.

Dans l'arythmie complète — on sait combien en général, ce diagnostic est facile --- mais par contre combien, au cours de celle-ci, vu la rapidité et l'inégalité des contractions cardiaques, il est bien souvent délicat de dire si elle accompagne, ou non, un rétrécissement mitral. Ici encore, le décubitus latéral gauche, viendra ôter nos doutes : dans les quelques longues diastoles intercalées entre les salves de pulsations rapides, il nous sera donné de pouvoir percevoir, de temps à autre, un roulement diastolique, souvent bref et léger, mais dont la présence viendra affirmer l'origine mitrale d'une telle arythmie.

Chez un sujet porteur d'une insuffisance mitrale, le diagnostic de rétrécissement mitral revêt une importance beaucoup moins grande ; on sait en effet, que, ici, le sujet est atteint de cardiopathie valvulaire, qu'il est, par conséquent, atteint d'une lésion organique indélébile : dans un tel cas, seule, l'étendue des lésions demande donc à être précisée. Les signes physiques ne se présentent pas habituellement avec la même netteté pour les deux lésions : le plus souvent, les signes stéthoscopiques d'une des deux maladies prédominent.

Tantôt, c'est le rétrécissement, et le décubitus latéral gauche nous montre, outre les signes de la maladie de Durozier, un souffle nettement systolique.

Tantôt, c'est l'insuffisance : le souffle holosystolique de celle-ci accapare en quelque sorte l'attention et l'on méconnaîtrait la sténose concomitante si l'on ne prenait la précaution de pratiquer l'auscultation dans le décubitus latéral

gauche. Cette attitude permet de découvrir un rythme de rappel ou un roulement diastolique qui n'auraient pas été perçus chez le sujet dans le décubitus dorsal.

Ainsi, le décubitus latéral gauche permet d'affirmer souvent l'existence d'un rétrécissement mitral en faisant apparaître le roulement, alors, qu'en décubitus dorsal, la diastole était silencieuse. Mais est-il susceptible de permettre de nier l'existence du rétrécissement mitral, en faisant constater l'absence du roulement diastolique ?

Nous n'oserions pas l'affirmer ; cependant, quand le cœur n'est pas trop rapide, nous considérons que l'absence complète de tout rythme de rappel et de tout roulement diastolique en décubitus latéral gauche, bien franc, constitue une présomption en faveur de l'absence du rétrécissement mitral. Tout au moins, le silence de la diastole, en décubitus latéral gauche incite à être très circonspect avant de porter le diagnostic de rétrécissement mitral, à faire une critique serrée de ses sensations stéthoscopiques et à s'entourer des renseignements de toutes les méthodes d'exploration (cliniques, radiologiques, électrocardiographiques) avant de conclure. Ainsi donc, même les renseignements négatifs fournis par l'auscultation en décubitus latéral gauche, ont une réelle valeur séméiologique.

§ II. Le troisième bruit du cœur.

Ici encore, le décubitus latéral gauche est venu jouer un rôle important en nous montrant d'une part la grande fréquence de ce phénomène physiologique, et d'autre part les erreurs qu'il était susceptible de créer avec le bruit de rappel du rétrécissement mitral.

Par conséquent, en faisant mieux connaître le troisième bruit du cœur et en renversant les notions classiques sur le dédoublement du deuxième bruit, le décubitus latéral gauche a contribué grandement à éviter de nombreuses erreurs de diagnostic entre les sujets atteints de lésions cardiaques, frustes et ceux qui ont seulement de l'éréthisme cardiaque.

C'est seulement dans ces vingt dernières années que l'attention a été attirée sur l'existence d'un troisième bruit du cœur chez des sujets normaux, indemnes de toute lésion cardiaque.

Ce sont les auteurs anglo-américains Huschfelder, Gilson, puis Thayer qui l'ont mis en évidence pour la première fois. Ce troisième bruit a fait surtout l'objet de publications à l'étranger. En France, Gallavardin ne lui a consacré que quelques lignes dans un article sur le « tata » du rétrécissement mitral. Par contre, C. Lian a montré dans de nombreux travaux personnels, effectués pendant et après la guerre, que ce troisième bruit était d'une fréquence insoupçonnée, qu'il pouvait être le point de départ de regrettables erreurs de diagnostic. Pour toutes ces raisons, il lui a consacré de nombreux articles, dans le but de faire entrer définitivement ce nouveau signe stéthacoustique dans la sémio-

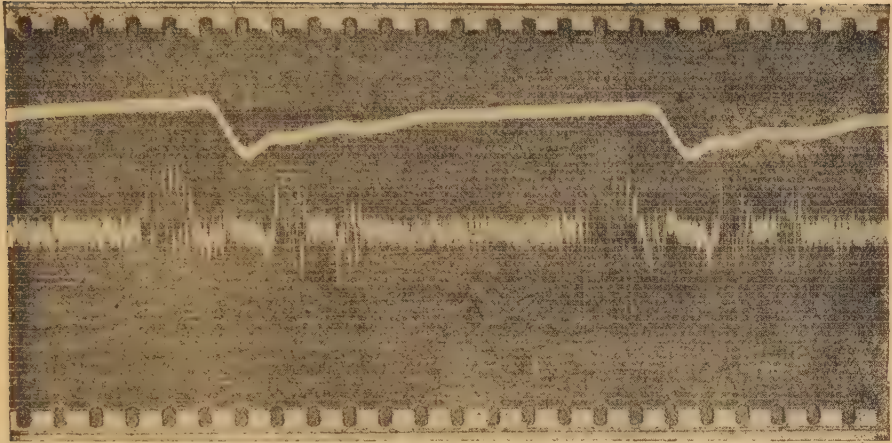


FIGURE 2. — *Electrophonocardiogramme*

La ligne du haut représente le pouls huméral recueilli avec l'oscillographe Bonlitte, mais, par suite d'une erreur d'inscription, le sphymogramme est négatif ; le débat de chaque pulsation humérale se traduit, non pas par un soulèvement brusque, mais par un affaissement brusque. Le tracé du bas a été obtenu avec un microphone relié à l'électrocardiogramme Bonlitte. On voit nettement le premier bruit du cœur qui précède l'affaissement brusque du sphymogramme et par conséquent le pouls huméral ; puis, c'est le petit silence ; puis le deuxième bruit du cœur qui est postérieur au pouls huméral ; puis le grand silence qui est interrompu par le troisième bruit du cœur ; ce troisième bruit est séparé du deuxième par un court espace silencieux.

logie cardiaque de pratique courante. « Malgré cela, il est bien peu de médecins français qui connaissent le troisième bruit et encore bien moins qui sont familiarisés avec lui », écrivait, il y a quelque temps, et avec raison, notre Maître C. Lian.

A) CARACTÈRES CLINIQUES.

On ne saurait trop insister sur ce fait que le troisième bruit du cœur est un phénomène qui se passe dans la région de la pointe. *Ce n'est pas du tout un phénomène de la base.* Et même, dans certains cas où ce troisième bruit n'est pas très marqué, on ne le perçoit que si l'on ausculte très exactement au siège du choc de la pointe du cœur.

Ce troisième bruit se place tout au début de la diastole. C'est donc immédiatement après le deuxième bruit qu'il faut aller chercher ce phénomène du troisième bruit du cœur.

Ce troisième bruit est un bruit un peu sourd, qui donne l'impression d'être en quelque sorte un écho lointain du deuxième bruit. (C. Lian). Ce n'est pas un bruit, mais quelque chose donnant l'impression d'un contact molletonné et comme étouffé (Gallavardin).

Ce troisième bruit est surtout perçu au moment où le malade vient de s'allonger. Mais ce rythme à trois temps, d'abord constant, se produisant à toutes les révolutions cardiaques, va, au bout de quelques minutes, devenir inconstant. C'est seulement à la fin de l'inspiration, ou plus souvent à l'expiration que ce bruit peut être perçu.

Il est encore un autre détail assez important. C'est qu'en général, ce troisième bruit n'existe pas dans la station debout. Mais il existe des cas — et qui sont loin d'être rares — dans lesquels le troisième bruit revêt une intensité toute particulière, et persiste pendant tout le temps de l'examen en décubitus.

Néanmoins, on pourrait avec raison se demander pourquoi le décubitus latéral gauche revêt un intérêt dans la recherche de ce bruit purement physiologique, puisque, en somme, un examen en position debout, semble le faire reconnaître en montrant sa disparition.

Donc, ce changement de position suffirait à trancher un diagnostic hésitant. En raisonnant ainsi, on commettrait une grave erreur : si l'on se contentait de n'ausculter les malades que debout, on aurait peu de chances de percevoir

le troisième bruit du cœur — ce qui n'aurait pas autrement d'importance — mais, comme insiste notre Maître C. Lian, on risquerait de méconnaître d'assez nombreux cas de rétrécissement mitral fruste. Car, comme il l'a remarqué, les signes du rétrécissement mitral s'atténuent beaucoup dans la position debout, par conséquent, s'ils sont légers dans le décubitus, ils disparaissent dans la station debout.

On ne saurait donc se contenter d'un examen cardiaque dans une seule position, en particulier pour le diagnostic de rétrécissement mitral.

Il faut ausculter systématiquement les malades en position debout, en décubitus dorsal et en décubitus latéral gauche.

B) DIAGNOSTIC.

Avec quoi peut-on confondre le troisième bruit du cœur, réalisant un rythme à trois temps, siégeant à la pointe ?

a) *Tout d'abord avec le dédoublement du deuxième bruit*, mais le diagnostic en est facile parce que ce dédoublement siège à la base, que d'autre part, il s'agit ici d'un bruit formé de deux parties juxtaposées, non séparées par un silence. Enfin, le dédoublement du deuxième bruit est un phénomène qui se produit surtout à l'inspiration, tandis que le troisième bruit se produit plus spécialement à l'expiration.

b) *Avec le bruit de galop protodiastolique.* — C'est là un diagnostic d'une difficulté considérable, insurmontable même, comme l'a écrit notre Maître C. Lian, si l'on envisage le phénomène en lui-même, du seul point de vue sté-

thoscopique. Car, il n'y a aucune différence, entre le bruit de galop protodiastolique et le troisième bruit du cœur. La seule petite nuance, c'est que, dans certains cas, le troisième bruit du cœur est spécialement éclatant, et arrive même à dépasser, en intensité, le deuxième bruit, ce qui n'est pas le fait du galop protodiastolique.

Le diagnostic différentiel se fait en tenant compte des résultats de l'examen complet.

Le troisième bruit du cœur s'observe en général, chez un enfant, un adolescent, qui a un cœur non augmenté de volume, une pression artérielle normale, qui n'a aucun signe viscéral d'insuffisance cardiaque, etc. Au contraire, le bruit de galop est perçu, le plus souvent, chez un sujet au voisinage de la cinquantaine, qui a un cœur volumineux, une pression artérielle souvent augmentée, de la congestion œdémateuse passive du foie et des bases pulmonaires.

Le plus souvent donc on différenciera facilement le troisième bruit du cœur et le bruit de galop protodiastolique, cependant il est quelques cas où les difficultés seront grandes, pour ne pas dire insolubles, car il y a, bien entendu, tous les intermédiaires entre le bruit surajouté protodiastolique, qui réalise le phénomène physiologique du troisième bruit du cœur, et le bruit surajouté protodiastolique qui constitue le phénomène pathologique du bruit de galop protodiastolique.

c) Le rythme de rappel du rétrécissement mitral.

C'est là le diagnostic capital avec le troisième bruit du cœur.

Nous avouons qu'autrefois, avant de suivre l'enseignement de notre Maître C. Lian, c'était un diagnostic que nous

n'envisagions même pas. En effet, tout d'abord, nous ignorions la fréquence du troisième bruit du cœur que nous supposions être une rareté clinique, et un phénomène d'auscultation très difficile à percevoir. Rapidement, au cours de ses consultations hospitalières à l'hôpital Tenon, notre Maître C. Lian eut tôt fait de nous convaincre de l'erreur de notre opinion primitive : le troisième bruit devenant un phénomène avec lequel nous allions vite nous familiariser.

Nous pensions alors que ce rythme à trois temps était facilement reconnu, et qu'il ne pouvait, en somme, être confondu qu'avec les rythmes de galop dont nous avons parlé plus haut, et dont nous avons discuté, ci-dessus, le diagnostic.

En raisonnant ainsi, nous faisions une erreur profonde ; à vrai dire, nous n'en étions qu'indirectement responsable. En effet, quelle fut notre surprise, le jour où notre Maître C. Lian nous expliqua qu'il hésitait entre un troisième bruit du cœur et un rythme de rappel du rétrécissement mitral. C'est que nous nous en tenions aux idées classiques. Nous pensions, comme bon nombre de médecins, d'ailleurs, que le rythme de rappel du rétrécissement mitral avait toujours son siège à la base. Partant de ce fait, on comprenait aisément que le diagnostic avec le troisième bruit ne pouvait se poser.

Mais là était notre erreur, et l'auscultation répétée de nombreux rétrécissements mitraux, nous montra qu'il n'en était rien : le rythme de rappel du rétrécissement mitral est plus fréquent à la pointe qu'à la base.

Envisageons les différents éléments qui nous permettront

de faire le diagnostic, entre le troisième bruit et le rythme de rappel.

1° Dans la station debout, on ne perçoit pas en général le troisième bruit du cœur ;

2° Dans le décubitus dorsal, le point important, c'est le fait qu'en quelques minutes, le troisième bruit du cœur n'est plus habituellement perçu à toutes les révolutions cardiaques. Aussi est-il capital de connaître les caractères du troisième bruit. A les ignorer en effet, le médecin qui vient de percevoir un rythme de rappel à la pointe, n'a pas de raison de prolonger son auscultation, il a entendu le rythme de rappel, il en est tout fier, et porte aussitôt, sans hésiter, son diagnostic erroné de rétrécissement mitral. Au contraire, s'il est familiarisé avec l'existence du troisième bruit du cœur, il attend quelques minutes, il palpe le foie de son malade et fait une autre exploration et reprend l'auscultation ; il constate alors, que le bruit surajouté est devenu inconstant et il est ainsi conduit à reconnaître le troisième bruit du cœur, et à écarter le diagnostic de rétrécissement mitral ;

3° Malheureusement, il peut arriver que le troisième bruit soit constant, dans le décubitus, pendant tout l'examen. Alors, la difficulté est grande. Si le rythme à trois temps a été perçu dans le décubitus dorsal, on se rappelle, qu'assez souvent, le *toum tara* du rétrécissement mitral se transforme en *toum tararrrou* dans le décubitus latéral gauche. Mais si le rythme à trois temps conserve les mêmes caractères dans le décubitus dorsal, et dans le décubitus latéral gauche, nous l'avons dit, c'est une présomption (mais rien de plus), contre l'existence du rétrécissement mitral.

En somme, dans l'éventualité d'un rythme à trois temps, constant dans la région apexienne et dans le décubitus, le diagnostic est embarrassant ; le décubitus latéral gauche peut n'apporter que des présomptions, et il faut faire appel à toute la gamme de renseignements, tant cliniques que radiologiques et électro-cardiographiques pour arriver à faire son diagnostic.

Il arrivera même que, exceptionnellement, le diagnostic restera encore hésitant, même avec le concours de tous les moyens d'exploration.

C) PATHOGÉNIE.

Ayant ainsi étudié cliniquement le troisième bruit du cœur et le rythme de rappel du rétrécissement mitral, nous avons montré l'importance du décubitus latéral gauche dans la discrimination de ces deux signes stéthacoustiques. Nous ne dirons qu'un mot de leur mécanisme, celui-ci, nous aidant mieux à saisir les points communs de ces deux signes, viendra nous expliquer encore la difficulté de leur discrimination clinique.

Selon notre Maître C. Lian, voici comment on peut se représenter le *mécanisme du troisième bruit du cœur* :

Au début de la diastole, les oreillettes se vident brusquement dans les ventricules qui subissent, ainsi, une tension brutale. Cela se traduit, sur le tracé du choc de la pointe du cœur, par un relèvement brusque qui suit le brusque affaissement du tracé, au début de la diastole. Eh bien, c'est ce phénomène du remplissage brutal ventriculaire dans la prodiastole qui explique certainement le troisième bruit du

cœur, parce que c'est à ce moment précis que se produit le phénomène du troisième bruit du cœur.

Mais ce bruit est-il le fait d'une distension musculaire, ou d'une tension valvulaire ?

En se souvenant de la pathogénie du bruit de galop (bruit de distension musculaire déterminée par l'ondée sanguine auriculaire distendant le ventricule) on peut très bien admettre que ce troisième bruit est le fait lui aussi d'une distension musculaire.

En se souvenant aussi des travaux physiologiques de Potain et de C. Lian, on est bien obligé de faire intervenir le mécanisme de tension valvulaire. Contrairement à l'opinion classique, C. Lian dans sa thèse, a démontré qu'il est impossible de faire pénétrer du liquide, de l'oreillette dans le ventricule, sans qu'immédiatement, les valves auriculo-ventriculaires, ne se soulèvent et ne s'accolent : par conséquent, au début de la diastole, au moment où le sang descend de l'oreillette gauche, dans le ventricule gauche, il est certain que les valves auriculo-ventriculaires mitrales, se soulèvent, se tendent, et peut-être même s'accolent l'une contre l'autre.

Avec notre Maître C. Lian, nous pensons que, vraisemblablement, les deux phénomènes interviennent ; qu'il y a à la fois bruit de distension musculaire et bruit de tension valvulaire, aussi bien dans le bruit de galop (présystolique ou protodiastolique) que dans le troisième bruit du cœur ; mais que le bruit surajouté est surtout valvulaire dans le troisième bruit du cœur, tandis qu'il est surtout dû à la distension musculaire dans le bruit de galop.

Telle est la pathogénie du troisième bruit du cœur ; il

nous reste à envisager celle du rythme de rappel du rétrécissement mitral lorsqu'il est perçu exclusivement dans la région de la pointe du cœur, fait fréquent.

Tout d'abord, nous mentionnerons que certains auteurs, comme le Professeur Vaquez, par exemple, expliquent l'existence possible, dans le rétrécissement mitral d'un rythme de rappel perçu à la pointe du cœur en incriminant le claquement d'ouverture de la mitrale (Potain).

En fait, pour tous les élèves de Potain, le claquement d'ouverture de la mitrale est une rareté, presque une curiosité. Ainsi, notre Maître C. Lian dit qu'il ne se souvient pas que son maître, M. Barié, lui ait dit une seule fois : « Tenez, voilà un cas de claquement d'ouverture de la mitrale, auscultez-le donc ! » Au contraire, C. Lian a insisté sur ce fait que l'existence du rythme de rappel s'entendant seulement à la pointe est une éventualité fréquente dans le rétrécissement mitral, aussi, et même plus fréquente que sa localisation à la base. D'autre part, l'auscultation successive en décubitus dorsal et en décubitus latéral gauche, montre que le *toum tara* du décubitus dorsal se transforme souvent en *toum tararrou* dans le décubitus latéral gauche.

Ainsi, il est tout à fait séduisant d'admettre l'interprétation de notre Maître C. Lian et nous reproduisons le passage de son Traité des Maladies du Cœur où il la formule.

« Lorsque le rythme de rappel du rétrécissement mitral » siège exclusivement dans la région apexienne, fait fréquent, le bruit surajouté protodiastolique est donc fonction de deux sortes de vibrations : une saccade mitrale » du roulement accentuée par la superposition du troi-

» sième bruit du cœur au roulement. On comprend
» d'ailleurs ainsi que le bruit mitral protodiastolique puis-
» se exister alors même que le roulement n'est pas per-
» ceptible ».

Quant aux cas où le rythme de rappel du rétrécissement mitral est perçu exclusivement à la base, ils relèvent ici de l'interprétation classique : asynchronisme de fermeture des valvules sigmoïdes aortiques et pulmonaires. En effet, puisque le dédoublement du deuxième bruit peut s'observer même à l'état physiologique, on conçoit que le rétrécissement mitral réalise assez souvent les conditions nécessaires à la production d'un dédoublement, soit intermittent, soit permanent du deuxième bruit.

§ III. Le diagnostic des souffles systoliques de la région apexienne.

De prime abord, aucun diagnostic ne semble plus aisé que celui des souffles systoliques de la région apexienne. En effet, il semble, à première vue que le diagnostic de l'insuffisance mitrale ne puisse soulever aucune difficulté sérieuse. C'est d'ailleurs ce qui se produit, quand le souffle de l'insuffisance mitrale revêt les caractères typiques et nets que l'on décrit classiquement : souffle intense, en jet de vapeur, remplissant toute la systole (holosystolique) et couvrant le premier bruit, ayant son maximum au choc de la pointe et se propageant sous l'aisselle, voire même dans le dos, présentant peu ou pas de variations. Il en est de même dans le cas où un souffle extracardiaque ou trompeur présente lui aussi des caractères bien schématiques :

souffle léger, méso-systolique, siégeant dans la région méso-cardiaque, ne revêtant aucune propagation, présentant d'importantes variations, au point de disparaître dans la station debout.

De tels caractères, ainsi tranchés, semblent démentir la difficulté du diagnostic clinique des souffles apexiens. Il ne faudrait pas croire, cependant, qu'il en soit toujours ainsi : il existe toute une série de cas cliniques d'interprétation délicate, et c'est alors qu'il est utile de faire appel au décubitus latéral gauche.

Cette position, en effet, nous y insistons encore, favorise au maximum la perception des vibrations mitrales; elle est indispensable à pratiquer pour tous les cas où le diagnostic est hésitant et demeure en suspens.

En clinique, voici en général, comment de tels faits se présentent : on découvre par hasard (on connaît en effet la latence fonctionnelle des affections cardiaques) chez un sujet, un souffle systolique de la pointe.

Le malade est en décubitus dorsal. Le souffle siège dans la région apexienne au niveau du choc apexien ou à son voisinage. Il n'est pas très fort, il semble être systolique. Il varie peu, mais il varie quand même sans toutefois disparaître dans le cours de l'examen. Il est entendu sur une certaine étendue : est-ce ou non une propagation ? Est-ce un souffle trompeur ou un souffle d'insuffisance mitrale.

Notre malade étant toujours en décubitus dorsal, il est un caractère de tout premier plan que nous allons d'abord essayer de mettre en évidence : c'est son *holosystolisme*. Dans ce cas, le souffle voile complètement le premier bruit, ou tout au moins, il le couvre en partie.

Si ce souffle n'est pas nettement holosystolique ou est

mésosystolique, on a ainsi une forte présomption, sans aller jusqu'à dire, un argument définitif, contre l'origine mitrale.

L'auscultation en décubitus latéral gauche peut apporter un sérieux appoint et nous demanderons à notre sujet de se mettre en cette position.

Dans cette dernière attitude, si le souffle ne prend pas un caractère assez nettement holosystolique, c'est un argument des plus sérieux en faveur de la non existence d'une insuffisance mitrale.

Inversement, s'il prend un caractère franchement holosystolique dans le décubitus latéral gauche, c'est un souffle qui mérite plus d'attention qu'on n'était tenté de lui en attribuer de prime abord, et il y a lieu de considérer qu'on vient ainsi de mettre en évidence un caractère en faveur de l'existence d'un souffle d'insuffisance mitrale.

De même, il faut retenir qu'un souffle systolique mitral augmente toujours beaucoup d'intensité lorsque le malade passe du décubitus dorsal au décubitus latéral gauche, tandis que dans les mêmes conditions les souffles trompeurs, ou gardent la même intensité, ou augmentent comme le souffle orificiel. Donc, quand un souffle systolique de la pointe perçu dans le décubitus dorsal n'augmente pas notablement d'intensité par le passage dans le décubitus latéral gauche, c'est un bon argument contre l'existence d'une insuffisance mitrale.

Ainsi, les renseignements fournis par l'auscultation en décubitus latéral gauche ont un réel intérêt pour le diagnostic des souffles apexiens, mais cependant sont loin d'être aussi importants et aussi nets que pour le diagnostic du rétrécissement mitral.

§ IV. Le primo décubitus.

Le décubitus latéral gauche, comme nous l'avons vu, est susceptible de fournir des renseignements primordiaux dans l'exploration clinique de la région apexienne. Surtout en ce qui concerne le diagnostic du rétrécissement mitral. Il est susceptible de fournir encore d'autres renseignements dont l'importance n'est pas moins grande, si on ausculte le cœur des malades aussitôt après qu'ils viennent de se mettre au lit, c'est-à-dire, si on pratique l'auscultation, en ce que notre Maître C. Lian appelle le « primo-décubitus ».

L'intérêt de cette technique réside dans le fait qu'elle permet de percevoir certains phénomènes stéthoscopiques, qui sans elle, passeraient inaperçus parce qu'ils n'existent plus chez le sujet couché depuis quelques minutes.

Ainsi, on peut découvrir chez un malade un bruit de galop, ou des extrasystoles, ou un rythme couplé qui ne sont perçus que pendant les deux ou trois minutes qui suivent le moment où le sujet vient de se coucher. Ces signes ont une valeur considérable, et l'auscultation dans le primo-décubitus, permet, dans certains cas, de diagnostiquer une insuffisance cardiaque qui, sans cette technique d'auscultation, eût passé inaperçue.

En effet, au moment où un sujet passe de la station debout dans le décubitus on conçoit que tout le sang veineux de l'abdomen et des membres inférieurs va gagner les cavités cardiaques avec une très grande rapidité : le sang veineux n'ayant plus à lutter contre la pesanteur, pour aller des membres inférieurs et de l'abdomen au cœur.

Par conséquent, le décubitus entraîne une augmentation forte et brutale de l'afflux du sang veineux dans les cavités cardiaques. Or, si pareil afflux de sang ne trouble que peu ou pas un cœur sain, il n'en est plus de même pour le cœur d'un sujet présentant de l'insuffisance cardiaque, c'est-à-dire, un certain degré d'encombrement du cœur et des vaisseaux. Donc le passage dans le décubitus impose au cœur un surcroît de travail à la fois intense, immédiat et passager. En effet, en deux, trois ou cinq minutes, disparaît l'encombrement cardiaque qui est la conséquence du brusque afflux intracardiaque du sang veineux cave inférieur, lors du passage de la station debout dans le décubitus.

Ainsi donc, faire passer un sujet de la station debout dans le décubitus c'est réaliser une véritable épreuve fonctionnelle cardiaque, et cela, non pas par l'effort minimum qui est dû au fait de se coucher, mais par la provocation d'un important et brutal afflux veineux au cœur.

Pour recueillir tous les renseignements fonctionnels que donne le passage de la station debout dans le décubitus, il ne faut pas manquer d'ausculter le sujet immédiatement après qu'il vient de s'étendre. Le médecin est aux aguets pour ainsi dire, et il se précipite, pour ausculter, afin de saisir sur le vif les phénomènes stéthoscopiques qui, chez l'insuffisant cardiaque, vont, pendant quelques minutes, traduire l'encombrement ventriculaire tout passager, provoqué par le décubitus. Quelques observations montrent bien l'intérêt considérable de cette auscultation pratiquée dans le primo-décubitus.

On peut accroître encore l'intérêt de cette technique en faisant d'emblée coucher le malade sur le côté gauche, et en l'auscultant dès qu'il vient de s'allonger. On réalise ainsi l'auscultation dans le primo-décubitus latéral gauche.

Observations

Tous les malades dont nous citons les observations ont été examinés à la radioscopie. La plupart d'entre eux ont eu un électrocardiogramme. Ces examens de laboratoire sont venus confirmer les renseignements fournis par l'examen clinique et affirmer indubitablement la valeur considérable du décubitus latéral gauche, dans l'exploration clinique de la région apexienne.

A). — RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

OBSERVATION 1. — M. Th..., âgé de 29 ans, a dans ses antécédents plusieurs crises rhumatismales. Son médecin, lui ayant trouvé au cours d'un examen un souffle apexien, il demande à notre Maître Lian, de lui en préciser la nature.

A l'examen :

Debout : On entend d'une façon inconstante un léger souffle systolique donnant l'impression d'être simplement le murmure vésiculaire découpé par les contractions cardiaques.

En décubitus dorsal : On n'entend rien de net.

En décubitus latéral gauche : On entend un roulement diastolique très net.

OBSERVATION 2. — M. C..., âgée 46 ans, vient consulter en février 1923 pour des étouffements et des palpitations qui se

sont installés progressivement depuis quelques années, mais qui, depuis deux ans, ont augmenté d'intensité.

A l'examen :

En décubitus dorsal : On entend à la pointe un premier bruit éclatant et un « tata ».

On conclut à l'existence probable d'un R. M.

En décubitus latéral gauche : On entend alors un roulement net et un tout petit souffle systolique. On suit le roulement presque jusqu'au bord postérieur de l'aisselle.

OBSERVATION 3. — Mme A..., âgée de 44 ans, vient consulter pour une dyspnée d'effort dont elle souffre depuis des années. Les crises s'étant notablement accentuées depuis quelques mois la forcent à abandonner sa profession d'infirmière.

A l'examen :

Décubitus dorsal : Souffle systolique de la pointe.

Décubitus latéral gauche : Souffle systolique apexien et roulement diastolique très net.

OBSERVATION 4. — M. F..., âgé de 37 ans, vient consulter pour dyspnée diurne et nocturne, la nuit a des crises d'étouffement qui le forcent à se mettre en position genu pectorale. De plus, se plaint de palpitations et de douleur précordiale.

A l'examen :

Décubitus dorsal : Dédoubllement du deuxième bruit à la base.

Décubitus latéral gauche : Frémissement cataire et roulements diastoliques.

OBSERVATION 5. — Mme F..., 61 ans, vient consulter pour œdèmes des membres inférieurs et étouffements apparus depuis plusieurs années, mais plus marqués depuis deux mois.

Examen :

Décubitus dorsal : Rythmé à trois temps à la pointe, constitué par un bruit surajouté après le deuxième bruit, séparé de lui par un intervalle notable et de la même intensité que le second bruit « tata » dans le cinquième espace.

En décubitus latéral gauche : On entend un roulement diastolique dans l'aisselle.

OBSERVATION 6. — Mme G..., âgée de 28 ans, se plaint de palpitations, de gêne pour respirer. Ces troubles sont apparus à la suite d'une grippe mais se sont accentués depuis trois mois.

A l'examen :

En décubitus dorsal : Frémissement cataire très léger, éclat du premier bruit de la pointe, perceptible à la palpation. Roulement diastolique très vague.

Dédoublement du deuxième bruit.

Décubitus latéral gauche : Roulement diastolique très intense. Les signes deviennent d'une netteté étonnante, le frémissement cataire devient très intense.

OBSERVATION 7. — Mme G..., âgée de 36 ans, consulte en février 1920, pour dyspnée d'effort. Surtout à la montée des étages, elle est obligée de s'arrêter à chaque palier.

A l'examen :

En décubitus dorsal : Frémissement cataire holodiastolique très intense au début de l'examen, quelques minutes après devenant léger, mais en *décubitus latéral gauche*, redevient intense.

OBSERVATION 8. — Mme D..., âgée de 27 ans, se plaint de dyspnée depuis son accouchement, depuis 5 ans. L'expectoration accompagnée de filets de sang depuis cinq jours l'inquiète.

A l'examen :

Arythmie complète.

Roulement diastolique.

A la pointe exactement, souffle systolique net, doux, et un roulement perceptible seulement dans les longues diastoles.

En décubitus dorsal : Pas de frémissement cataire.

En décubitus latéral gauche : Frémissement cataire très net.

OBSERVATION 9. — Mme V..., âgée de 48 ans, vient consulter le 19 janvier 1920, pour une douleur constrictive siégeant au dessous du mamelon gauche. Cette douleur apparaît par crises d'une durée de quelques minutes et s'accompagne de palpitations.

A l'examen :

En décubitus dorsal : Roulement diastolique assez net, ébauche de souffle présystolique. Pas de dédoublement du deuxième bruit. Pas de frémissement cataire.

En décubitus latéral gauche : Léger frémissement cataire. Roulement diastolique très intense.

OBSERVATION 10. — M. L..., 49 ans, consulte en février 1928, pour des crises d'étouffement, dont la date d'apparition est consécutive à une grippe en octobre 1927. Crises d'étouffement nocturnes rendant impossible le décubitus dorsal. Entre les crises, dyspnée marquée.

En décubitus dorsal : Roulement diastolique sans frémissement cataire.

En décubitus latéral gauche : Roulement diastolique très intense, accompagné d'un frémissement cataire.

B). — TROISIÈME BRUIT DU CŒUR

OBSERVATION 11. — M. Ch..., âgé de 14 ans, vient consulter en avril 1923 pour une dyspnée qui date de son jeune âge.

En réalité, cette dyspnée est légère, mais depuis deux ans, il se plaint en outre de palpitations survenant par crises d'une durée d'une demi heure. On a porté le diagnostic de rétrécissement mitral.

A l'examen :

Décubitus dorsal : Premier bruit un peu prolongé, tata de la pointe.

Décubitus latéral gauche : Pas la moindre ébauche de roulement diastolique, le tata est bien net, mais est inconstant.

OBSERVATION 12. — M. M..., âgé de 19 ans, vient consulter pour légère dyspnée d'effort qui aurait existé dès son tout jeune âge.

De plus, un médecin aurait trouvé une lésion cardiaque.

A l'auscultation :

En décubitus latéral gauche : Rythme genre rappel, mais inconstant.

Pas la moindre ébauche de roulement diastolique ni de souffle systolique. Il s'agirait d'un troisième bruit du cœur.

OBSERVATION 13. — M. F..., 16 ans, consulte en janvier 1928, pour dyspnée d'effort, avec douleur dans la région précordiale et sensation que le cœur bat irrégulièrement.

Pas de crises rhumatismales dans les antécédents.

A l'auscultation :

En primo décubitus : Nombreuses extrasystoles et rythmes à trois temps, genre bruit de rappel dans la région de la pointe.

En décubitus latéral gauche : Après auscultation prolongée,

les extrasystoles disparaissent et le rythme à trois temps devient intermittent, il s'agirait donc d'un troisième bruit du cœur.

OBSERVATION 14. — M. S..., âgé de 22 ans, se plaint de palpitations qui, depuis l'âge de 14 ans, l'ont forcé à abandonner la bicyclette.

Décubitus dorsal : Exclusivement dans la région de la pointe, rythme à trois temps dû à un bruit surajouté immédiatement après le deuxième temps.

Décubitus latéral gauche : Ce troisième bruit est plus intense que le second, il n'est absolument perçu qu'à la pointe. Ni souffle présystolique, ni roulement diastolique, ni éclat du premier bruit.

Position debout : Le troisième bruit a complètement disparu.

OBSERVATION 15. — M. N..., 10 ans, est amené à la consultation en mars 1926, pour une dyspnée survenant au moindre effort. Après les jeux avec ses camarades, il a, dit sa mère, « la plus grande peine à retrouver une respiration normale ».

En position dorsale et debout : Rien de particulier.

En décubitus latéral gauche : On entend un troisième bruit du cœur qui n'est pas perçu à toutes les révolutions cardiaques.

OBSERVATION 16. — M. D..., âgé de 24 ans, se plaint d'un point douloureux dans la région précordiale datant d'un an environ.

Douleur permanente, plus accusée en décubitus, ne s'accompagne pas de dyspnée, mais de palpitations.

En décubitus dorsal : Rien de particulier.

En position debout : Rien de particulier.

En décubitus latéral gauche : Troisième bruit constant.

OBSERVATION 17. — M. H..., âgé de 13 ans, étudiant, consulte pour des palpitations.

Son médecin pose le diagnostic de souffle intermittent fonctionnel de la pointe avec tachycardie d'effort.

A l'examen : à la consultation de l'hôpital :

Décubitus dorsal : Très vague souffle systolique apexien, léger troisième bruit inconstant.

En décubitus latéral gauche : Troisième bruit apexien intense constant. Souffle systolique à peine perceptible.

Debout : Rien de particulier.

OBSERVATION 18. — Mme S..., 20 ans, consulte le 4 janvier 1924, pour une douleur précordiale qui gêne la respiration et survient sans cause à n'importe quelle heure de la journée.

En décubitus dorsal et décubitus latéral gauche : Rythme à trois temps, bruit de rappel constant, aucun autre signe de rétrécissement mitral.

Radioscopie : Orthodiagramme normal en position frontale. Pas d'augmentation de l'oreillette gauche dans les positions obliques.

OBSERVATION 19. — M. Th..., âgé de 14 ans 1/2, se plaint d'une légère douleur précordiale.

Une doctoresse a trouvé un souffle et un dédoublement du deuxième bruit à la pointe.

A l'examen :

Debout : Premier et deuxième bruits vibrants.

En décubitus dorsal et décubitus latéral gauche : On entend nettement un bruit analogue au deuxième et lui faisant suite.

Au bout de quelques minutes, le bruit surajouté protodias-tolique disparaît complètement, aussi bien en décubitus dorsal qu'en décubitus latéral gauche.

Il s'agit d'un exemple net de troisième bruit du cœur.

Conclusions

1° Le décubitus dorsal et la station debout sont des attitudes tout à fait insuffisantes pour l'exploration clinique de la pointe du cœur.

2° Au contraire, le décubitus latéral gauche, s'il est bien franc, est indéniablement l'attitude de choix, car dans cette position le contact de la région apexienne avec la paroi thoracique est très intime.

3° Mais pour qu'il soit bien franc, il faut observer une technique rigoureuse, qui mette le malade dans une position perpendiculaire à l'axe du plan sur lequel il repose, le bras gauche d'abord allongé le long et sous le thorax, puis dans un deuxième temps, replié vers la tête.

4° Dans une telle position il est impossible d'ausculter la région apexienne avec l'oreille. Il est indispensable de faire usage d'un stéthoscope bi-auriculaire. Beaucoup de stéthoscopes bi-auriculaires de modèle courant ne se prêtent qu'imparfaitement à l'auscultation dans cette position. On ne peut utiliser que certains stéthoscopes dont celui de notre Maître Lian est le type par excellence. En effet, il faut :

a) Que le pavillon soit court;

b) Que le raccord intermédiaire au pavillon et aux tuyaux de caoutchouc soit coudé à angle droit pour éviter que ceux-ci ne se coudent ou froient le plan du lit.

Ainsi on pourra facilement insinuer le stéthoscope dans cet espace restreint compris entre le plan du lit et la région axillaire.

5° Un décubitus latéral gauche bien franc est susceptible de donner des renseignements importants dans l'examen clinique de la région apexienne du cœur.

a) Il rend visible et palpable un choc apexien qui ne l'est pas en décubitus dorsal;

b) Il accentue d'une manière intense le frémissement cataire et le roulement diastolique du rétrécissement mitral, de même que les souffles systoliques mitraux perçus en décubitus dorsal; le diagnostic est ainsi facilité;

c) Dans le rétrécissement mitral fruste, ce qui est fréquent, il revêt son indication primordiale en mettant en évidence le roulement diastolique, signe pathognomonique du rétrécissement, dans les cas où on n'avait pu le déceler ni dans la station debout ni dans le décubitus dorsal. D'où l'importance considérable du décubitus latéral gauche dans le diagnostic si souvent délicat entre le rétrécissement mitral fruste et le simple éréthisme cardiaque;

d) Dans la discrimination entre le troisième bruit du cœur (phénomène physiologique de la pointe) et le rythme de rappel du rétrécissement mitral (phénomène pathologi-

que perçu souvent à la pointe contrairement à l'opinion classique) le décubitus latéral gauche est précieux, car il fait apparaître le roulement diastolique et transforme un *toum tara* en *toum tararrou* ;

e) Il fournit également des renseignements intéressants dans le diagnostic des souffles apexiens. Si un souffle systolique de la pointe devient holosystolique en décubitus latéral gauche, c'est un argument en faveur du diagnostic d'insuffisance mitrale; c'est l'inverse si un souffle systolique apexien n'augmente pas d'intensité en passant du décubitus dorsal en décubitus latéral gauche;

f) En cas de maladie mitrale, le décubitus latéral gauche permet d'apprécier et de diagnostiquer soit l'insuffisance, soit le rétrécissement en accentuant leurs signes ou en les décelant.

6° L'auscultation dans le primo-décubitus, c'est-à-dire faite immédiatement après que le malade vient de se coucher, surtout si elle est pratiquée en décubitus latéral gauche, peut contribuer à déceler des signes d'insuffisance fonctionnelle discrets et passagers du myocarde, tels que bruit de galop, extrasystoles qui n'existaient pas chez le sujet debout ou couché depuis quelques minutes. Elle peut aussi mettre en évidence un souffle ou un roulement, car l'excitation cardiaque produite par l'effort du changement de position est susceptible d'accentuer ces signes pathologiques.

7° Bref le décubitus latéral gauche, mode d'examen simple, rapide, de la région apexienne (préconisé depuis de

longues années par notre Maître Lian dans son service hospitalier à Tenon) fournit des renseignements de tout premier ordre dans la séméiologie cardiaque, au premier rang desquels il faut mettre le diagnostic toujours si délicat d'une affection fréquente : le rétrécissement mitral fruste.

Vu, le Doyen, Vu, le Président,

ROGER. E. SERGENT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

On consultera avec fruit les diverses notions de cette thèse, dans le traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée de Sergent (tome IV « Cœur », par C. Lian) (Editeur A. Maloine, 1^{re} et 2^e édition), aux articles « Rétrécissement mitral et Insuffisance mitrale ».

1. J. DIGNE. — Le 3^e bruit et les bruits multiples du cœur. *Marseille Médical*, 1926, p. 629.
2. CH. ESMEIN. — L'interprétation des souffles cardiaques. — *Paris Médical*, 5 juillet 1919.
3. GALLAVARDIN. — *Arch. maladies du cœur*, 1912, p. 161.
4. GIBSON. — *The Lancet*, Londres, 1927, II. 1380.
5. C. LIAN. — Le diagnostic des souffles systoliques aperiens et l'insuffisance mitrale. — Th. Paris, 1909.
6. — In technique médicale de Sergent, article « Cœur », 1^{re} édit. 1913 et suivantes. — Maloine, éditeur.
7. — Le rythme à trois temps du rétrécissement mitral. — *Arch. Maladies du cœur*, août 1912.
8. — Présentation d'un stéthoscope bi-auriculaire. — *Soc. Méd. des Hôp.*, séance du 24 déc. 1920.
9. — L'explication clinique de la pointe du cœur dans le décubitus latéral gauche. — *Presse Méd.*, n^o 40, 18 mai 1921.
10. — L'auscultation dans le rétrécissement mitral. — *Bull. Méd.* 19 février 1921.

11. — Le troisième bruit du cœur. (*La Médecine*, mars 1920 ; le *Concours Médical*, 1^{er} mai 1927 ; la *Semaine des Hôp.*, 30 déc. 1927 ; *L'Année méd. prat.*, 7^e année 1928, p. 101-104).
12. — De l'auscultation dans le primo-décubitus. — *Polska Gazeta*, Le Karska, n° 43, 1927 ; *L'Hôpital*, septembre, B. 1928.
13. V. PACHON ET R. FABRE. — Le cardiogramme du décubitus latéral gauche en clinique. — G. Doin, édit. Paris, 1928.
14. THAYER. — Quelques remarques sur le troisième bruit du cœur. — *Arch. Mal. du cœur*, 1910, p. 145.

